|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第６号（第１７条関係） | | | | | | |
|  | | | | | | 申請者記入欄 |
| ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 支 給 申 請 書  年　　月　　日  　美里町長　様  　住 所  氏 名  電 話　　　　（　　）  下記のとおり医療費を申請します。  また、自己負担額等の判定について、課税台帳等の公簿の確認を行うことに同意します。 | | | | | | |
| 受給者 | 受給者証記号番号 |  | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 |  | |
| ふりがな  氏名 |  | 市町村民税の状況 | 課税 ・ 非課税 | |
| 記号番号 |  | |
| 区分 | 入院 | 年　　月　　日から  入院日数　　　　　日 | 名称 | 電話　　（　　） | |
| 外来 | 年　　月分  外来日数　　　　　日 |

　注）　上部申請書は、申請者が記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 医療機関記入欄 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 入院 | | | | 日 | | | 外来 | | | 日 | | |
| 領収書  ￥  　ただし、　　年　　月分保険診療一部負担金（他法本人負担金　　　　　円を含む。）  ──入院時食事療養標準負担額は含まない── | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保険診療総点数 | 点 | | 他法負担分点数 | | | | | 点 | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ￥　　　　　　　　　　　（算定数　　　食）  ただし、入院時食事療養標準負担額 | | | 医療機関コード | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 年　月　日　　　医療機関等所在地（住所）  　　　　　名称  様　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注）１　上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

　　 ２　他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付　　年　　月　　日 | | 通知　　　年　　月　　日 | | | | 支払　　年　　月　　日 | |
| 保険診療一部負担金 | 高額療養費 | | 付加給付額 | | 条例第７条自己負担金 | | 支給決定額 |
| 円 | 円 | | 円 | | 円 | | 円 |
| 入院時食事療養標準負担額 | 市町村民税非課税 | | | 非課税で入院４月以降 | | |
| 円×　　食＝　　円 | 円×　食＝　　円 | | | 円×　　食＝　　　円 | | |